

Perfil de Salud

Fecha: _____

La consulta dietética incluye un perfil de salud. El propósito del perfil de salud no es establecer un diagnóstico, sino determinar el estado de salud del cliente para guiar su plan de pérdida de peso. Se le puede aconsejar a un cliente que busque consejo médico en base a su perfil de salud.

Leyenda (Para uso de la clínica)

NPA - Necesita la aprobación del médico prescriptor

NPC - Necesita atención de un médico prescriptor

1. En general (Por favor, utilice caracteres de imprenta)

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apto./Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____

Email: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

Profesión: _____

Referente: _____

Peso actual (libras): _____ Peso 1 año antes (libras): _____

Peso adulto mínimo (libras): _____ A la edad de: _____

Peso adulto máximo (libras): _____ Altura: _____

¿Hace usted ejercicio? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Qué tan seguido? Diariamente Semanalmente Otros _____

¿Ha estado a dieta antes? Sí No

Si es así, por favor especifique cuál(es) dieta(s) y por qué cree que no funcionó para usted (es decir, demasiado rígida, demasiado trabajo de cocina necesario, etc.)

En una escala del 1 al 10, indique qué nivel de importancia le da a la pérdida de peso con el protocolo supervisado profesionalmente de Ideal Protein: (encierre uno en un círculo)

Menos importante **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** Muy importante

¿Cuál es su estado civil? Casado Soltero Viudo

Divorciado Otro: _____

¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Cuántos años tienen? _____

¿Quién hace la mayor parte de la cocina en casa? _____

En promedio, ¿cuántas horas duerme por noche? _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

1. General (continued)

¿Quién es su médico de cabecera (médico de familia)? _____

Por favor, haga una lista de cualquier médico que usted visite y su especialidad (refiérase a la información médica para ver la lista de trastornos):

Dr. _____	Especialidad: _____
Paciente desde: _____ (MM/AA)	Última visita: _____
Dr. _____	Especialidad: _____
Paciente desde: _____ (MM/AA)	Última visita: _____
Dr. _____	Especialidad: _____
Paciente desde: _____ (MM/AA)	Última visita: _____
Dr. _____	Especialidad: _____
Paciente desde: _____ (MM/AA)	Última visita: _____

2. Diabetes N/A

¿Tiene usted diabetes? Sí No Si es no, pase a la siguiente sección.

¿De qué tipo? **Tipo I - Insulinodependiente (sólo inyecciones de insulina)**
 Tipo II - No insulinodependiente (pastillas para diabéticos)
 Tipo II - Insulinodependiente (pastillas para diabéticos e insulina)

¿Se controla su nivel de azúcar en la sangre? Sí No Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Si es así, ¿por quién? Yo Médico
 Otro - por favor especifique: _____

¿Tiende a ser hipoglucémico? Sí No

NOTA: Si actualmente está tomando medicamentos inhibidores del cotransportador de glucosa y sodio (SGLT-2), que incluyen Ebymect, Edistride, Forxiga, Invokana, Jardiance, Synjardy, Vokanamet y Xigduo, **USTED NO PUEDE EMPEZAR O ESTAR EN EL PROTOCOLO REGULAR DE IDEAL PROTEIN.** Por favor, hable con su instructor sobre nuestro Protocolo Alternativo.

3. Función Cardiovascular N/A

¿Ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones?

<input type="checkbox"/> Arritmia (NPA)	<input type="checkbox"/> Hiperpotasemia (Potasio alto) (NPA)
<input type="checkbox"/> Coagulación de la sangre (NPA)	<input type="checkbox"/> Hipocalemia (Potasio bajo) (NPA)
<input type="checkbox"/> arterial coronaria (NPA)	<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión arterial alta) (NPA)
<input type="checkbox"/> Heart attack (NPC)	<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (NPA)
<input type="checkbox"/> Problema de Válvula Cardíaca (NPA)	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (NPA)
<input type="checkbox"/> Reemplazo de las válvulas cardíacas (porcino/mecánico) (NPA)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (NPC)
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia (Colesterol /triglicéridos altos)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva actual (NPC)

Por favor, seleccione uno (si corresponde):
 Antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva
 Insuficiencia cardíaca congestiva actual (NPC)

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

3. Función Cardiovascular (cont.) N/A

¿Ha tenido usted **algún** tipo de cirugía cardíaca? Sí No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

Otras condiciones: _____

Si ha respondido afirmativamente a cualquiera de las condiciones anteriores, indique **todas** las fechas de ocurrencia:

4. Función Renal N/A

Ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones:

Enfermedad Renal (NPA)

Trasplante de Riñón (NPA)

Cálculos Renales

¿Actualmente padece de gota? Sí No Desde cuando: _____

En caso afirmativo, ¿qué medicamentos se han recetado? _____

Si no, ¿alguna vez ha tenido gota? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estos eventos, por favor indique las fechas de los eventos. Para eventos múltiples, por favor especifique:

5. Función Hepática N/A

¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad hepática? Sí No Fecha: _____

Si la respuesta es sí, por favor enumere: _____

¿Ha tenido alguna vez un incidente de cálculos biliares? Sí No

6. Función del Colon N/A

¿Tiene usted cualquiera de las siguientes condiciones?

Estreñimiento Diverticulitis

Enfermedad de Crohn Síndrome de colon irritable

Diarrea Colitis ulcerosa

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas condiciones, por favor indique las fechas de los eventos. Para eventos múltiples, por favor especifique:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

7. Función Digestiva N/A

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones?

<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Intolerancia al Gluten
<input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal
<input type="checkbox"/> Úlcera gástrica (NPA)	<input type="checkbox"/> Antecedentes de Cirugía Bariátrica (NPA)

Si es así, ¿qué tipo de cirugía bariátrica? _____

8. Función Ovárica/Mamaria N/A

Tiene usted alguna de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Amenorrea	<input type="checkbox"/> Períodos irregulares
<input type="checkbox"/> Senos fibroquísticos	<input type="checkbox"/> Menopausia
<input type="checkbox"/> Períodos abundantes	<input type="checkbox"/> Períodos dolorosos
<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Fibroma uterino

Fecha del último ciclo menstrual: _____

¿Está tomando píldoras anticonceptivas orales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

9. Función Endocrina N/A

¿Tiene problemas de la tiroides? Sí No

Si es así, especifique: _____

¿Tiene problemas de paratiroides? Sí No

Si es así, especifique: _____

¿Tiene problemas de las glándulas suprarrenales? Sí No

Si es así, especifique: _____

¿Le han dicho que tiene Síndrome Metabólico? Sí No

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

10. Función Neurológica/Emocional

N/A

¿Tiene usted cualquiera de las siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Anorexia (Antecedentes de) | <input type="checkbox"/> Epilepsia (NPA) |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Desorden bipolar | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Bulimia (Antecedentes de) | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |

Otros problemas: _____

11. Condiciones Inflamatorias

N/A

Tiene usted alguna de las siguientes condiciones:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Soriasis |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Otra afección autoinmune o inflamatoria | |

12. Cáncer

N/A

¿Tiene usted cáncer? (NPC)

Sí No

Si es así, ¿de qué tipo y dónde se encuentra?

¿Ha tenido alguna vez cáncer? (NPC)

Sí No

Si es así, ¿de qué tipo y dónde se encuentra?

¿Está su cáncer en remisión? (NPC)

Sí No

Si es así, ¿cuánto tiempo ha estado en remisión? _____ (mm/aa)

13. General

N/A

¿Tiene algún otro problema de salud?

Sí No

Si es así, especifique:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

14. Alergias N/A¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a los alimentos? Sí NoSi es así, especifique: _____

_____**15. Hábitos Alimenticios** (Por favor, proporcione respuestas honestas para que podamos ayudarle)**DESAYUNO**¿Desayuna todas las mañanas? Sí A veces No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____
_____¿Toma un refrigerio antes del almuerzo? Sí A veces No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____
_____**ALMUERZO**¿Almuerza todas las días? Sí A veces No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____
_____¿Toma un refrigerio antes de la cena? Sí A veces No Nunca

Hora aproximada: _____

Ejemplos: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

Perfil de Salud

CENA								
¿Cena todos los días?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nunca
Hora aproximada:	_____							
Ejemplos:	_____				_____			
¿Toma un refrigerio en la noche?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nunca
Hora aproximada:	_____							
Ejemplos:	_____				_____			

OTROS	
¿Es usted vegano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<i>veganos estrictos no califican debido a demasiadas restricciones dietéticas.</i>	
¿Es usted vegetariano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿cuántos por día?	_____
¿Por cuántos años?	_____
¿Toma alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿cuán a menudo?	_____
¿Cuántos vasos de agua bebe al día?	_____ vasos por día
¿Cuántos tazas de café bebe al día?	_____ tazas por día

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ (DD/MM/AA) Iniciales: _____

